



MU-C2-ENR-013-05

CADRE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE						
LE __ / __ à __ H __		VISA				
Mauve	Vert	Gris	Bleu	Jaune	Rouge	Urine
Ordonnance		Fiche de bactériologie				
Fiche de renseignements :						

**Analyse HN :**  
 Appel au patient  
 Le \_\_ / \_\_ / \_\_  
 **Accepte** les analyses HN  
 Montant : ..... €  
 **N'accepte pas** les analyses

**URGENT**

**IDENTIFICATION COMPLETE DU PATIENT => OBLIGATOIRE**

**NOM de NAISSANCE :** ..... **PRÉNOM :** .....  
 cocher si identique ↓ **Date de naissance** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
**NOM d'USAGE :** ..... *Vérification avec pièce d'identité :*  OUI  NON

**COORDONNEES**  
 Adresse : .....  
 Téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Mobile : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_  
 Numéro de SS : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Régime : ..... Caisse : ..... Centre : .....  
 Mutuelle : ..... AMC/Code préfectoral : .....

**ORDONNANCE**  
 ORDONNANCE RENOUVELABLE  DEMANDE SANS ORDONNANCE  
*Joindre fiche MU-C1-ENR-007*

**PRÉLÈVEMENT**  
**NOM du préleveur :** ..... **Téléphone :** .....  
**Prélèvement effectué le** \_\_ / \_\_ / \_\_ **à** \_\_ H \_\_  
 PATIENT A JEUN  PRÉLÈVEMENT DIFFICILE  
 PRÉLÈVEMENT SANS GARROT  PRÉLÈVEMENT À VENIR (Analyse(s) : .....) )

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

**GROSSESSE** (début : \_\_ / \_\_ / \_\_)  
 **Rophylac**  
 Date injection : \_\_ / \_\_ / \_\_

↓ **Suivi INR**  
 Préviscan **INR cible :**  
 Coumadine  2 à 3  3 à 4,5  
 Sintrom **Posologie :**  
 .....  
 **Transfusion** (date : \_\_ / \_\_ / \_\_)

↓ **TRAITEMENT** ▲ **Obligatoire si dosage prescrit**  
 TÉRALITHE .....mg ➔ POSOLOGIE : .....  
 LEVOTHYROX .....mg ➔ DERNIERE PRISE : \_\_ / \_\_ / \_\_ à \_\_ h \_\_  
 Autres : .....  
 Antibiotique :  
 Nom : ..... **Début traitement :** \_\_ / \_\_ / \_\_

↓ **PATHOLOGIE connue**  
 Patho chronique : .....  Diabète type .....  
 Antécédent(s) notable(s) : .....

**Motif de la demande**  
 / Signes cliniques } ➔

TRANSMISSION des résultats	COMMENTAIRES
<input type="checkbox"/> A poster <input type="checkbox"/> Laboratoire <input type="checkbox"/> Internet (N° tel : ..... )	



**RÉSULTATS INTERNET** (MU-C2-ENR-013-05)

Votre laboratoire vous propose de recevoir vos résultats d'analyses sur un site internet sécurisé avec accès par identifiant et mot de passe personnels.

Les résultats sont mis en ligne dès leur validation biologique et restent **disponibles pendant 14 jours. Nous vous conseillons donc de les enregistrer sur votre ordinateur.**

**CONNEXION :**

[www.accolabsudouest.com](http://www.accolabsudouest.com)

(En cas de dysfonctionnement utiliser l'adresse : [www.mesanalyses.fr](http://www.mesanalyses.fr))

\* **IDENTIFIANT** : il vous sera remis par SMS lorsque vos résultats seront disponibles.

\* **MOT DE PASSE** : votre date de naissance au format **AAAAMMJJ**  
 (Exemple : si vous êtes né le 12 janvier 1967, votre mot de passe sera 19670112)

Le niveau de sécurité est ainsi assuré par l'identifiant qui est généré par notre système.

- AU PRÉALABLE :**
- Il est recommandé de mettre à jour Adobe (pdf)
- Pour imprimer vos résultats :
- Faire "enregistrer sous" pour les archiver sous format pdf sur votre ordinateur
  - Vous pouvez ensuite les imprimer



**COUPON À COMPLÉTER ET A REMETTRE AU PRÉLEVEUR**

Je soussigné(e) Mme / M \_\_\_\_\_

Désire recevoir mes résultats d'analyses sur internet. **En conséquence mes résultats ne me seront pas transmis par courrier postal.**

Je recevrai mon identifiant de connexion par SMS au numéro de téléphone suivant :

\_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Date et signature du patient :